

年 月 日

東京都北区保健所長 殿

住 所

死亡者（失踪者）との続柄

氏 名

電話番号 ( )

ファクシミリ番号 ( )

診療所（歯科診療所、助産所又はオンライン診療受診施設）

開設者（設置者）死亡（失踪）届

開設者（設置者）が死亡した（失踪宣告を受けた）ので、医療法第9条第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称	
2 所 在 地	東京都北区 電話番号 ( ) ファクシミリ番号 ( )
3 開設許可（開設届出又は設置届出）年月日及び番号	年 月 日 第 号
4 開設者（設置者）の氏名	
5 死亡（失踪宣告）の年月日	年 月 日
6 添 付 書 類	<p>1) 死亡診断書の写し又は戸（除）籍謄（抄）本、失踪宣告の写し</p> <p>2) 届出義務者であることを証明する書類</p> <p>(注) この届出は、戸籍法の規定による死亡の届出義務者又は失踪の届出義務者が行うこと。</p>